

指定認知症対応型共同生活介護
認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

社会福祉法人 海菊会
グループホームはる風荘

指定認知症対応型共同生活介護 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

1 グループホームはる風荘の概要

(1)事業所の概要

施設名	グループホーム はる風荘
所在地	宮崎市大字小松字口ノ坪2861番地
電話番号	0985-48-3344
FAX番号	0985-48-0440
事業所番号	指定事業所番号 4590101558

(2)当施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名		兼務	1名	業務の管理
計画作成担当者	介護支援専門員	1名		兼務	1名	認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成
介護従事者	介護福祉士	6名			6名	入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	初任者研修	1名			1名	
合計		7名			7名	
職員の勤務形態		① 早番 7:30～16:30 ② 日勤1 8:30～17:30 日勤2 8:00～17:00 ③ 遅番 9:30～18:30 ④ 当直入 16:00～24:00 (21:00～6:00を夜間及び深夜の時間帯とする) ⑤ 当直明 0:00～9:00				

(3)当事業所の設備の概要

定員	9人(全室1人部屋)	居室面積	9.0㎡
脱衣・洗面室	9.0㎡	ダイニング	36.0㎡
浴室	9.0㎡		

2 当施設の特徴等

(1)運営の方針

日常空間とかけ離れた施設とならないように努め、環境の変化による情緒不安を引き起こさないように環境を整備します。グループホームの特性をいかすために、適切なアセスメントを行い、利用者の置かれた状況を的確につかみます。また、利用者の個人の実現を図るために、家族・仕事・経験などの情報を収集し個性を認識します。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

事 項	備 考
面会	面会時間 午前9時～午後8時 (来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください。)
外出・外泊	外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。 外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。
飲酒・喫煙	事業所内では原則的に禁止です。
所持品の持ち込み	寝具と、日常利用されている身の回り品を持参下さい。

3 サービスの内容

サービス	内 容
食事	朝食 午前7時30分～ 昼食 午後11時15分～ 夕食 午後17時00分～
入浴	週に最低2回入浴していただきます。
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できます。
介護	介護を必要とする方には、入浴・排泄・食事等生活全般に係る援助をいたします。
健康管理	毎朝のバイタルチェックと、年に1回以上健康診断を受ける機会を提供します。
レクリエーション	年間・月間の行事計画の作成と、週単位のレクリエーション計画を作ります。

4 利用料金 (1) 利用料

ア 認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護利用料

	介護保険料	医療連携(Ⅰ)ハ 体制加算	サービス 提供体制加算Ⅰ	処遇改善Ⅱ
	円/日	円/日	円/日	円/30日
要支援度2	7610円	370円	220円	43790円
要介護度1	7,650 円	370円	220円	44000円
要介護度2	8,010 円	370円	220円	45920円
要介護度3	8,240 円	370円	220円	47150円
要介護度4	8,410 円	370円	220円	48060円
要介護度5	8,590 円	370円	220円	49020円

イ 初期加算 1日 300円（自己負担額 30円）

※初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。

ウ 食材料費 1日につき 1345円

エ その他の費用

日常生活費	理美容代	実費
	おむつ代	実費

カ 介護保険サービス以外の利用料

家賃	1日 1400円
水道光熱費	1日 400円

(2)料金の支払方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、10日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中から自由によべます。

5 サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込みください。当施設の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2)サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。

イ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)もしくは要支援1、2と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・お客様が亡くなられた場合

ウ その他

・お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。

・お客様が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3ヵ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

担当者 甲斐 裕也

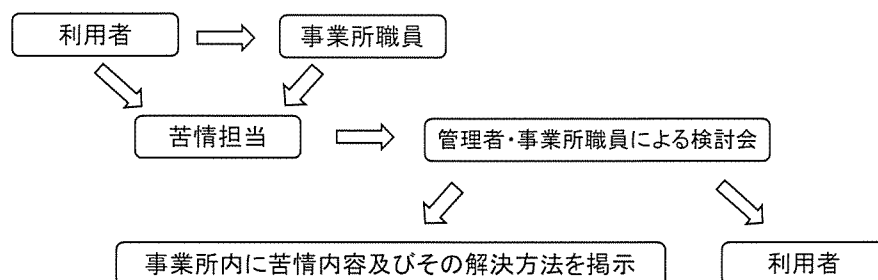
電話 0985-48-3344

FAX 0985-47-0440

受付日 随 時

受付時間 午前9時 ～ 午後5時

(2) 苦情処理体制



(3) その他

当事業所以外に、宮崎市及び宮崎県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 宮崎市介護保険課 0985-21-1777

イ 宮崎県国民健康保険団体連合会 0985-35-5111

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏 名			
	連絡先		電話番号	
ご家族	氏 名		続 柄	
	連絡先		電話番号	

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

9 非常災害対策

防災時の対応	業務継続計画(BCP)による
防災設備	緊急通報装置・煙感知器・誘導灯・非常灯・消火器
防災訓練	年2回実施
防火管理者	甲斐 裕也

10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従事者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

11 協力医療機関

医療機関の名称	宮崎医療生活協同組合 おおつか生協クリニック
所在地	宮崎県 宮崎市 大塚町大迫南平4401-2
電話番号	0985-52-6715

医療機関の名称	医療法人社団 晴緑会 みやざき訪問看護ステーション
所在地	宮崎市高松町2-16
電話番号	0985-32-7070

医療機関の名称	宮崎北歯科医院
所在地	宮崎県宮崎市大字芳士1098-6
電話番号	0985-39-8148

12 損害賠償保険

保険会社の名称	三井住友海上火災保険株式会社
保険の種類	賠償責任保険

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所所在地 宮崎市大字小松字口ノ坪2861番地

名 称 グループホーム はる風荘

説明者氏名 甲斐 裕也 印

私は、本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者	住所
利用者1	住所1
利用者2	住所2
利用者3	住所3
利用者4	住所4
利用者5	住所5
利用者6	住所6
利用者7	住所7
利用者8	住所8
利用者9	住所9
利用者10	住所10
利用者11	住所11
利用者12	住所12
利用者13	住所13
利用者14	住所14
利用者15	住所15
利用者16	住所16
利用者17	住所17
利用者18	住所18
利用者19	住所19
利用者20	住所20
利用者21	住所21
利用者22	住所22
利用者23	住所23
利用者24	住所24
利用者25	住所25
利用者26	住所26
利用者27	住所27
利用者28	住所28
利用者29	住所29
利用者30	住所30
利用者31	住所31
利用者32	住所32
利用者33	住所33
利用者34	住所34
利用者35	住所35
利用者36	住所36
利用者37	住所37
利用者38	住所38
利用者39	住所39
利用者40	住所40
利用者41	住所41
利用者42	住所42
利用者43	住所43
利用者44	住所44
利用者45	住所45
利用者46	住所46
利用者47	住所47
利用者48	住所48
利用者49	住所49
利用者50	住所50
利用者51	住所51
利用者52	住所52
利用者53	住所53
利用者54	住所54
利用者55	住所55
利用者56	住所56
利用者57	住所57
利用者58	住所58
利用者59	住所59
利用者60	住所60
利用者61	住所61
利用者62	住所62
利用者63	住所63
利用者64	住所64
利用者65	住所65
利用者66	住所66
利用者67	住所67
利用者68	住所68
利用者69	住所69
利用者70	住所70
利用者71	住所71
利用者72	住所72
利用者73	住所73
利用者74	住所74
利用者75	住所75
利用者76	住所76
利用者77	住所77
利用者78	住所78
利用者79	住所79
利用者80	住所80
利用者81	住所81
利用者82	住所82
利用者83	住所83
利用者84	住所84
利用者85	住所85
利用者86	住所86
利用者87	住所87
利用者88	住所88
利用者89	住所89
利用者90	住所90
利用者91	住所91
利用者92	住所92
利用者93	住所93
利用者94	住所94
利用者95	住所95
利用者96	住所96
利用者97	住所97
利用者98	住所98
利用者99	住所99
利用者100	住所100

氏名 _____ 印 _____

(代理人) 住所

続柄() 氏名 印

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

- 1 使用目的
- (1)

介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2)

上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3)

現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院に行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- 2 個人情報を提供する事業所
- (1)

居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2)

病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）
- 3 使用する期間
- サービスの提供を受けている期間
- 4 使用する条件
- (1)

個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2)

個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

グループホーム はる風荘 殿

利用者	住所	
	氏名	印
(家 族)	住所	
続柄()	氏名	印